IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS-GTH-FT-047 **Versión:** 02	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	10	3	2026	**CIUDAD**	Bogotá D.C	**DEPARTAMENTO**	Cundinamarca

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**
VERÓNICA		**GONZÁLEZ**	**ALFARO**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1020784934	Bogotá D.C	alfaro.veronicagonzalez@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
13/08/1993	**Bogotá D.C**	**Abogada**	**298.205**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
NA		FEMENINO	**3174249328**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO		Colombiana	**Bogotá D.C**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CR. 8 170 52 torre 8 apto 1305 Hacienda Estancia Navarra	**BARRIO**	El Redil

II. INFORMACION ACADEMICA (Diligencie los títulos de educación formal obtenidos)

NIVEL EDUCATIVO	**NOMBRE DEL PROGRAMA**	**AÑO/SEMESTRE APROBADO**	**INSTITUCIÓN**	**TERMINADO**	**FECHA ACTA DE GRADO**
PRIMARIA				SI	
SECUNDARIA	**Bachiller académico**	11	SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS BETHLEMITAS	SI	5/12/2009
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	**Derecho**		UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	SI	21/09/2017
POSTGRADO	**Especialización en Derecho Laboral y Seguridad Social**		UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA	SI	16/09/2020
MAESTRIA	**Master Universitario en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social**		**Universidad Internacional de la Rioja**	ACTUAL	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	**INSTITUCION**	**INTENSIDAD HORARIA**	**AÑO**
DIPLOMADO EN DERECHO COMERCIAL	**POLITÉCNICO SUPERIOR DE COLOMBIA**	120	2018
DIPLOMADO EN DERECHO LABORAL	**POLITÉCNICO SUPERIOR DE COLOMBIA**	120	2018
FORMACIÓN ABOGADO CONCILIADOR	**CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**	160	2021
MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS	**CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**	160	2021
AMIGABLE COMPOSICIÓN	**CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**	160	2021

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

PUBLICACIÓN: EL PRO INFANS EN EL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE: LEGISLACIÓN COLOMBIANA. MARZO 2019

V. EXPERIENCIA LABORAl (Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios en estricto orden cronológico, comenzando por el actual, si faltan espacios de click en simbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
RST ASOCIADOS			AUTONORTE 122 35	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Abbogada Junior	6/11/2017	30/11/2018	Cambio de empleo
JEFE O SUPERVISOR	**Richard Suarez Torres**		**No. CONTACTO**	**6017446565**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
QUIROGA & QUIROGA ABOGADOS SAS				PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3002095729	Abogada	06/11/2017	30/11/2018	Cambio de empleo
JEFE O SUPERVISOR	**Ciro Alfonso Quiroga**		**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD			CARRERA 32 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Abogada	4/7/2019	3/3/2020	terminación Contrato
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD			CARRERA 32 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
		2/6/2020	10/10/2020	terminación Contrato
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD			CARRERA 32 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
		3/11/2020	2/4/2021	terminación Contrato
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS-GTH-FT-047 **Versión:** 02	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026	

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCION		TIPO DE CONTRATO
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD		CARRERA 32 12 81		PRESTACION DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
		4/5/2021	27/3/2023	terminación Contrato
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN		TIPO DE CONTRATO
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD		CARRERA 32 12 81		PRESTACION DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
		23/5/2023	22/2/2024	terminación Contrato
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCION		TIPO DE CONTRATO
IDCBIS		CARRERA 32 12 81		PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
		26/2/2024	2/4/2021	Actual
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

TIEMPO DE EXPERIENCIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**8**	**1**	**2.910,00**

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
SURA		COLPENSIONES		**N° RESOLUCIÓN**	N°	¿Cual?

VIII. OTROS

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	**SI**	Abogada Especialista. 26/02/2024 contrato vigente a la fecha.
B. ¿TIENE FAMILIARES TRABAJANDO EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD ?	**NO**	En caso de ser afirmativo indique: perfil y tipo de contrato
C. ¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD ?	**NO**	SI

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que **SI** _____ **NO** _**x**___ me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para contratar con el **INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD IDCBIS.**

Hago constar que los datos aquí consignados son veraces y autorizo de forma voluntaria, libre y espontanea al **INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD IDCBIS** para que adelante el proceso de verificacion de la informacion consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO: VERÓNICA GONZÁLEZ ALFARO

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 1020784934

GUARDAR